INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE TRÁNSITO DEL QUINDÍO	PROCESO: GESTIÓN JURÍDICA DEPENDENCIA: OFICINA ASESORA JURÍDICA NOMBRE DEL DOCUMENTO: ACTA DE SUPERVISIÓN	Código: FO-AJ-POJ-002 Fecha de vigencia: 08/05/2026 Versión: 004 Página: 1 de 1

INFORMACIÓN GENERAL	
CONTRATO NO.:	CS-003 de 2026
OBJETO:	ADQUISICION DE POLIZAS DE SEGUROS QUE AMPAREN LOS BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTERESES PATRIMONIALES DE PROPIEDAD DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE TRÁNSITO DEL QUINDÍO Y DE AQUELLOS POR LOS QUE SEA O LLEGARE A SER LEGALMENTE RESPONSABLE, O QUE SE ENCUENTREN BAJO SU CONTROL Y CUSTODIA
CONTRATISTA:	LA PREVISORA S.A COMPAÑIA DE SEGUROS
NO. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA:	860.002.400-2
SUPERVISOR (NOMBRE COMPLETO Y CARGO):	CESAR AUGUSTO SUAREZ GUERRERO - SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

VALOR DEL CONTRATO

REGISTRO PRESUPUESTAL NO.:	669	FECHA DEL RP:	16/06/2026
FORMA DE PAGO:	El Instituto Departamental de Tránsito del Quindío, cancelará el valor del contrato o el valor total de las primas de los seguros contratados, dentro de los treinta (30) días siguientes a la entrega de las pólizas contratadas, previa presentación de factura, una vez se expida certificación de recibido a satisfacción por parte del supervisor del contrato designado y del intermediario de seguros del Instituto, así como la acreditación del pago de los aportes a seguridad social integral de conformidad a la normatividad vigente, y demás documentos señalados en el Artículo 617 del Estatuto Tributario, certificación de aportes a seguridad social (y/o parafiscales en caso de estar obligado) y de acuerdo con la disponibilidad del P.A.C. (Plan Anual Mensualizado de Caja)". PARÁGRAFO PRIMERO: El pago se realizará dentro de los sesenta (60) días siguientes la entrega de las pólizas contratadas, previa presentación de la cuenta de cobro o factura correspondientes, acompañadas de los informes de actividades, de la certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato, y la certificación expedida por el Representante Legal o por el Revisor Fiscal, según sea el caso, del pago de sus obligaciones a los sistemas de Salud, Pensión, Riesgos Profesionales y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Ienestar Familiar ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, y del soporte del mismo con la correspondiente planilla de pago. PARÁGRAFO SEGUNDO: Si la factura o cuenta de cobro no han sido correctamente elaboradas o no se acompañan los documentos requeridos para el pago, el término para éste empezará a contarse desde la fecha en que se haya aportado el último de los documentos. PARÁGRAFO TERCERO: Se entienden incluidos como parte del precio todos los impuestos, derechos, tasas, gastos directos o indirectos y contribuciones que se generen con ocasión o como efecto del presente contrato, los cuales corren a cargo del CONTRATISTA. PARÁGRAFO CUARTO: Los pagos quedan sujetos igualmente al cumplimiento de los trámites administrativos a que haya lugar, a la expedición de la obligación y orden de pago SIIF, y a la aprobación del Programa Anual mensualizado de Caja – PAC. Los documentos soporte para el pago deberán ser avalados por el supervisor del contrato. REQUISITOS PARA EL PAGO. Para el pago se requiere de la presentación de los siguientes documentos: a) Informe de actividades y/o acta de entrega suscrita por EL CONTRATISTA y el supervisor del contrato. b) Informe presentado por el Contratista debidamente avalado por el supervisor y/o certificado de recibido a satisfacción por parte del Supervisor o funcionario designado para la Vigilancia y Control del Contrato. c) Copia del recibo o constancia de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensión, Parafiscales y Sistema General de Riesgos Laborales, la cual deberá corresponder a lo egalmente exigido. PARÁGRAFO. Sin perjuicio de lo anterior, queda entendido que la forma de pago supone la entrega real y efectiva de las notas de cobertura y las pólizas respectivas de conformidad a lo pactado para el cumplimiento de las obligaciones generales y específicas. Se entienden incluidos como parte del precio todos los impuestos, derechos, tasas, gastos directos o indirectos y contribuciones que se generen con ocasión o como efecto del presente contrato, los cuales corren a cargo del contratista	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	CIENTO SETENTA Y NUEVE MILLONES CIENTO NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE	$ 179.198.389,00	
VALOR DE LA ADICIÓN (SI APLICA):	N/A	$ 0,00	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	CIENTO SETENTA Y NUEVE MILLONES CIENTO NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE	$ 179.198.389,00	

VIGENCIA DEL CONTRATO	
FECHA DE INICIO:	16 DE JUNIO DE 2026
FECHA DE TERMINACIÓN:	01 DE ABRIL DE 2027
PLAZO DE EJECUCIÓN INICIAL:	El contrato a celebrar, esto es, la vigencia técnica de las pólizas a contratar, tendrá un plazo de ejecución de doscientos noventa (291) días, contados desde *el (16) de junio de 2026 hasta el primero (01) de abril de 2027, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato, y previa* suscripción del acta de inicio. Frente a la expedición de los seguros obligatorio en accidente de tránsito – SOAT de los automotores que se requieran contratar durante la vigencia del futuro contrato, los mismos tendrán una vigencia de trescientos sesenta y cinco (365) días.
PLAZO DE PRÓRROGA O ADICIÓN (SI APLICA):	N/A
PLAZO DE EJECUCIÓN FINAL:	01 DE ABRIL DE 2027

CESIÓN

FECHA EFECTIVA DE LA CESIÓN DEL CONTRATO (SI APLICA):	N/A
PLAZO DE EJECUCIÓN CEDIDO (SI APLICA):	N/A
VALOR DE LA CESIÓN (SI APLICA):	N/A

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL		ANEXOS	
Planilla No.:	92981618 - 92981525	Planilla de pago de Seguridad Social Integral	SI
Pago de pensión:	$871.281.000-$0	Recibo de pago de Seguridad Social Integral	N/A
Pago de salud:	$414.788.100 -$0	*Evidencias de las actividades desarrolladas durante la ejecución del	SI
Pago de ARL y parafiscales	$602.861.900 - $809.600	Informe de ejecución contractual	SI
		Cuenta de cobro o Factura	SI
VALOR TOTAL DEL APORTE:	$1.968.931.000 - $809.600	Para la primera cuenta: Certificado bancario, RUT actualizado, certificado de afiliación de salud, pensión y ARL.	SI
		Para la última cuenta: Formato Pago de seguridad social (solo para la última cuenta de cobro si no ha realizado el pago del período reportado) y CD con las evidencias de cada uno de los informes presentados.	N/A
		Otros:	N/A

CONTROL DE PAGOS

NO. DE PAGO	PERIODO INFORMADO, NUMERO Y FECHA DE LA CUENTA DE COBRO O FACTURA	VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO	SALDO POR EJECUTAR
1	**Se realiza el pago correspondiente de las facturas que se relacionan a continuacion:** FACTURA 1OR 32915 POR VALOR DE 23,685,160,60 POLIZA NUMERO 1001554 SEGURO DAÑOS MATERIALES COMBINADOS , FACTURA 1OR32908 POR VALOR DE $11,345,753,43 POLIZA 3000941 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL , FACTURA 1OR32907POR VALOR DE $9,927,534,24 POLIZA 3000815 SEGURO MANEJO POLIZA GLOBAL SECTOR OFICIAL , FACTURA 1OR 32916 POR VALOR DE $74,361,466,32 POLIZA 3014481 SEGURO AUTOMOVILES POLIZA COLECTIVA, FACTURA 1OR 32911 POR VALOR DE $17,188,618,44 POLIZA 1001082 SEGURO IFIDELIDAD DE RIESGO FINANCIERO, FACTURA 1OR 32912 POR VALOR DE $36,873,696,93 POLIZA 1010187 SEGURO RESPONZABLIDAD CIVIL	$ 173.382.449,66	$ 5.815.939,34

En calidad de supervisor, atendiendo a las obligaciones legales, certifico que el contratista ha cumplido a satisfacción de forma PARCIAL X TOTAL __ sus obligaciones contempladas en el contrato según el anexo Informe de ejecución contractual del periodo 16/06/2026 AL 22/06/2026 Y se emite el presente visto bueno. Por lo tanto autorizo el pago por valor de ciento setenta y tres millones trescientos ochenta y dos mil cuatrocientos cuarenta y nueve pesos con cuarenta y cuatro centavos mct ($173,382,449,66) , por los servicios y/o bienes entregados que corresponde al pago: ANTICIPO __ PRIMERO X SEGUNDO __ TERCERO __ CUARTO __ QUINTO __ SEXTO __ OTRO __ ¿CUAL?:

Asi mismo, certifico de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el artículo 1 de la Ley 828 de 2003 y el artículo 1 del Decreto 1273 de 2018, que el contratista presentó el respectivo pago al sistema de Seguridad Social Integral, el cual hace parte integral de esta acta.

Para constancia se firma por quienes han intervenido en esta diligencia, una vez aprobada a los (17) días del mes Julio de 2026.

Vo.Bo SUPERVISOR	CONTRATISTA

VERIFICACIÓN CARGUE INFORME DE ACTIVIDADES Y ANEXOS EN SECOP II	FECHA	FIRMA	CARGO
			Control Interno

Elaboró: Jessica Alexandra Zuluaga García – Técnico Administrativo Planeación
Revisó y Aprobó: César Augusto Suárez Guerrero - Subdirector Administrativo y Financiero

Powered by CamScanner